

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 48.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

(Etude de 3 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri-Gaston-Ernest DURANTET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Saint-Germain-Laval (Loire), le 21 Avril 1886



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

(Etude de 3 cas)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 48.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

(Etude de 3 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri-Gaston-Ernest DURANTET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Saint-Germain-Laval (Loire), le 21 Avril 1886



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON(A.).
Physique médicale.	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	X...
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	COURMONT (J.).
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.	MM. BÉRARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	LATARJET, ch...
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (El.).	BRETIN, ch...
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	THEVENOT, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; M. BÉRARD, *Assesseur*;
MM. PATEL et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE
MON GRAND-PÈRE
ET DE
MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

Qui m'ont précédé dans la carrière médicale.

A MA FEMME

Que ce modeste travail lui soit un nouveau gage de mon affection.

A MON PÈRE

Dont la grande expérience et les bons conseils m'ont servi de guide pendant mes études médicales.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE LYON

M. le docteur BÉRARD, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien
des hôpitaux.

M. le docteur GANGOLPHE, chirurgien-major honoraire de l'Hôtel-
Dieu.

M. le docteur BONNET, médecin des hôpitaux.

M. le docteur VIGNARD, médecin des hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-ÉTIENNE

M. le docteur ROUX, médecin des hôpitaux.

M. le docteur MONTAGNON, médecin des hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer au début de cette année, dans le service de M. le professeur Poncet, une malade présentant une coxalgie dont l'allure clinique, l'évolution et les renseignements fournis par la radiographie, ont attiré spécialement notre attention et nous ont fait penser à une forme atypique, bien différente de la coxalgie ordinaire, et paraissant répondre à ce qu'un certain nombre d'auteurs ont désigné sous le nom de carie sèche de la hanche.

Cette forme si particulière de tuberculose articulaire a été étudiée depuis longtemps à l'épaule par Volkmann.

Cet auteur, dans une excellente description, la présentait comme une entité nettement définie, à symptomatologie fixe et à évolution constante; l'affection a du reste pris le nom du premier auteur qui l'a mise en lumière : la carie sèche de Volkmann.

Depuis, de nombreux auteurs ont repris cette question. Martel, dans sa thèse de Lyon, 1895; Poncet, dans les *Maladies des os*; Gangolphe, dans les *Arthrites tuberculeuses* (Le Dentu et Delbet), ont décrit la localisation de cette forme aux différentes autres articulations : coude, poignet, genou; toutefois, pour la hanche, bien que si-

gnalée par le plus grand nombre comme siège possible du même processus, on manque de cas cliniques à évolution suivie et surtout de pièces anatomiques, en raison même, comme nous le verrons au cours de ce travail, du peu d'interventions auxquelles donne lieu cette forme de tuberculose articulaire.

Pas plus que les auteurs qui, avant nous, ont abordé cette question, nous ne possédons de pièces anatomiques, toutefois, le cas clinique qui a été le point de départ de cette thèse, ainsi que les autres que nous avons pu retrouver dans les observations de la clinique de M. le professeur Poncet, ces cas, disons-nous, sont si caractéristiques, et, d'autre part, les renseignements fournis par la radiographie, qui faisait défaut aux auteurs qui nous ont précédé, ont été si concluants, que nous avons été obligé de reconnaître l'évidence du diagnostic de coxo-tuberculose à forme sèche et qu'il nous a paru intéressant de fixer dans la mesure du possible les différents traits de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement de cette variété d'arthrite tuberculeuse.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à adresser nos bien sincères remerciements à M. le professeur A. Poncet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et mettre à notre disposition les documents de la clinique chirurgicale.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Leriche, assistant de M. le professeur Poncet, dont la grande érudition nous a facilité l'élaboration de ce modeste travail.

M. le docteur Cotte, chef de clinique chirurgicale, a bien voulu nous procurer une de nos plus intéressantes ob-

servations; nous lui faisons part de toute notre reconnaissance.

MM. les docteurs Bérard et Patel, professeurs agrégés à la Faculté de Lyon, qui nous ont toujours porté un grand intérêt, sont assurés de notre sincère gratitude.

Que notre excellent ami, M. J. Gaté, interne des hôpitaux, qui nous a été d'un si précieux concours dans la rédaction de notre thèse, reçoive nos plus sympathiques remerciements et l'expression bien sincère de notre profonde amitié.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation due à l'obligeance de M. COTTE, chef de Clinique chirurgicale.)

C. M., entrée, salle Sainte-Anne, le 10 juillet 1908 ; sortie le 7 juin 1909.

La malade vient à l'hôpital pour des douleurs de la hanche remontant à deux ans. Actuellement, elle a 20 ans 1/2. C'est une jeune fille non amaigrie, à l'aspect florissant, sans tare viscérale.

Le membre inférieur droit est en abduction et en rotation externe et présente un raccourcissement apparent ; la mobilisation est très douloureuse.

Pas d'abcès.

Léger épanchement du genou du même côté. Rien au toucher rectal.

La malade souffre énormément et l'exploration est extrêmement douloureuse.

La malade est mise au repos en gouttière plate pendant quelque temps ; amélioration légère bientôt suivie d'une nouvelle crise douloureuse : la cuisse se met en abduction et en forte flexion ; les douleurs ne sont calmées par rien.

On fait alors de l'extension continue pendant trois ou quatre mois ; il en résulte un soulagement considérable ; disparition des contractures.

Au début de 1909, la position est bonne ; légère abduction, il n'y a plus de flexion ; la malade est immobilisée en

gouttière plate. Vers le mois de mai, elle ne souffre plus; pas d'ankylose.

On constate une certaine immobilité articulaire et une tendance à la subluxation postérieure.

OBSERVATION II

(Observation recueillie par M. CHALIER à la Clinique chirurgicale.)

C. M., 19 ans, tisseuse, entrée le 18 juin 1907, sortie le 30 mai 1908.

La malade entre dans le service pour une coxalgie; elle a un appareil silicaté.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de cancer de l'utérus. Père mort d'accident. Quatre frères et une sœur en bonne santé.

Personnellement. — A eu, à 15 ans, une méningite et une paralysie spinale infantile.

Réglée à 14 ans 1/2 et depuis régulièrement. La maladie actuelle remonte à sept mois; elle a débuté par de la douleur dans le pied et dans la jambe, s'accompagnant de boiterie. La malade criait souvent pendant les nuits. Puis, les douleurs devinrent très vives au niveau du genou et de la hanche. Un médecin alors consulté fit le diagnostic de coxalgie et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Elle entre alors en juillet 1906, dans le service de M. le professeur Poncet. Un mois après le début de la maladie on lui fit un appareil silicaté.

La malade entre de nouveau dans le service le 18 juin 1907; on enlève l'appareil.

A l'examen. — On ne constate aucun allongement ou raccourcissement du membre malade. Le bassin n'est pas dévié; le membre est en rotation externe; l'impotence fonctionnelle est absolue, la malade éprouvant d'assez vives douleurs au niveau du genou et de la hanche, d'ailleurs accrues par tous les mouvements du membre malade.

Il n'y a ni fistule, ni abcès, mais on constate, à la racine de la cuisse et du côté interne, une zone d'empâtement douloureuse à la pression.

Cette région paraît plus saillante que la région correspondante du côté opposé. L'état général laisse à désirer; la malade a maigri, mais sans préciser de combien. Elle ne tousse pas et ne crache pas.

Le 17 septembre. — La malade souffre beaucoup ces derniers temps de son articulation; pas de pus collecté; la traction soulage peu.

31 octobre. — Persistance des douleurs vives au niveau du genou, avec gonflement. Il s'agit plus que de la douleur banale du genou, de la coxalgie; on a affaire à du rhumatisme tuberculeux.

L'ophtalmo-réaction a été positive. Le cou-de-pied droit est également douloureux et gonflé; il existe des points douloureux péri-malléolaires, correspondant à des zones d'empâtement.

10 août. — Ces jours derniers, à la suite de la mobilisation intempestive de la malade dans le but de changer la gouttière un peu souillée, la malade a beaucoup souffert et son facies a changé considérablement; de plus, elle est somnolente et ne mange plus. Pas de température. Ce soir, les douleurs ont été plus vives; vers 9 heures, phénomènes convulsifs et délirants tellement marqués que l'interne de garde, après être venu deux fois et lui avoir donné une assez forte dose de bromure de potassium et d'extrait thébaïque, l'a fait transporter à l'isolement.

11 août. — Le lendemain, la malade est très affaissée, ne parlant presque pas et ne mangeant rien.

Dans les jours suivants, retour progressif des phénomènes conscients et après cinq ou six jours période d'amélioration très nette.

Ultérieurement, elle n'a plus souffert de sa hanche; pendant trois semaines l'état général s'améliore sensiblement.

4 décembre. — Il ne reste plus rien au cou-de-pied; le

genou va beaucoup mieux, est moins douloureux et moins gonflé.

9 janvier 1908. — Depuis quelques jours la malade se plaint de souffrir et d'être dans une mauvaise position depuis qu'on l'a changée de gouttière. En même temps, son état général décline.

16 janvier. — La malade vient de faire une autre poussée articulaire inflammatoire du côté de la tibio-tarsienne droite.

5 février. — On enlève la gouttière de Bonnet.

10 février. — La malade commence à se lever et à marcher avec une béquille.

1^{er} décembre 1909. — La malade, à qui nous avons, par lettre, demandé de ses nouvelles, nous a affirmé que depuis son retour chez elle, elle n'avait pas présenté de douleurs. Elle marche sans canne, mais la jambe est faible et le genou ankylosé. L'état général est satisfaisant.

25 décembre. — La malade est venue dans le service. Elle raconte que depuis son retour elle ne boite plus, mais elle a présenté du côté du pied et de la jambe un œdème douloureux, qui a cédé aux applications locales de teinture d'iode. L'état général est toujours satisfaisant.

Il y a eu, au début, une prise de poids de 5 kilos.

Ces derniers jours, toutefois, en même temps qu'un léger amaigrissement, ont apparu quelques troubles gastriques : crampes après le repas, éructations acides, vomissements.

A l'examen, on ne constate pas de raccourcissement du membre malade ; légère ensellure, abduction et flexion assez réduites et un peu douloureuses, extension et adduction à peu près normales.

Pas de luxations pathologiques.

Ganglions inguinaux très marqués.

Pas de douleurs aux autres articulations.

OBSERVATION III

(Observation recueillie par M. Arnaud, interne des Hôpitaux, à la Clinique chirurgicale de M. le Prof. PONCET.)

P.-M. C., 44 ans, entrée le 8 décembre 1909.

La malade est envoyée à l'hôpital par M. le docteur Piéry, parce qu'elle a la hanche gauche qui lui fait mal, qui est déformée et qui la gêne considérablement pour marcher.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 71 ans d'affection indéterminée, mais, semble-t-il, non tuberculeuse.

Mère morte à 67 ans d'asthme.

Un frère et trois sœurs tous vivants et bien portants. Pas d'enfants morts dans l'enfance, aucun des parents n'a été atteint de bronchite ou de rhumatisme.

Personnellement. — La malade dit avoir eu une assez bonne santé. Pas de maladies de l'enfance; pas d'adénites. Cependant, la malade est sujette à s'enrhumer pendant les hivers; ces rhumes ne se sont jamais accompagnés d'expectoration ou d'hémoptysies.

A l'âge de 7 ans 1/2, la malade en sautant à la corde, fit une chute et heurta un trottoir avec sa hanche gauche. Après l'accident elle ne put se relever et fut mise au lit; mais elle se leva le lendemain.

A partir de ce moment, la malade tira la jambe en marchant; celle-ci était paresseuse.

C'est alors que M. le docteur Delore eut à l'examiner; elle entra à la Charité où un silicate fut appliqué. Le séjour à la Charité dura cinq mois environ, après quoi la malade rentra chez elle avec un appareil orthopédique; le silicate avait été laissé jusqu'à la sortie de l'hôpital.

La malade garda l'appareil pendant dix-huit mois, puis celui-ci fut peu à peu enlevé et la marche effectuée avec des cannes.

A ce moment, le membre inférieur gauche était déjà considérablement raccourci, nécessitant le port d'un soulier à semelle et à talon épais. L'appareil devenu inutilisable fut enlevé à l'âge de 10 ans. A partir de ce moment la malade a marché avec un soulier orthopédique; elle boitait, car le membre était très raccourci, mais elle ne souffrait pas.

A l'âge de 25 ans, nouvelle poussée dans l'articulation coxo-fémorale. A ce moment également apparurent des douleurs dans la hanche; la marche était douloureuse et l'emploi des cannes devint nécessaire. Dans la suite, la malade a presque toujours souffert.

Cet état s'améliorait temporairement, puis s'aggravait et cela jusqu'à l'époque actuelle. Pourtant, les douleurs ont augmenté ces temps-ci et c'est ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'examen : le membre inférieur gauche est considérablement raccourci et atrophié. Il existe une déformation considérable au niveau de l'articulation de la hanche. Le fémur usé s'est luxé dans la fosse iliaque externe, et détermine la déformation de la région.

En somme, de visu, on peut affirmer qu'il y a une subluxation considérable. La palpation, assez douloureuse, fait sentir le grand trochanter considérablement déplacé et situé bien au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Le membre inférieur est considérablement raccourci, 10 centimètres de moins que celui du côté sain (75 et 85 centimètres). Ce raccourcissement est dû en grande partie à la subluxation et aussi à une absence de développement du fémur qu'accuse la mensuration.

La jambe malade est frappée d'une impotence considérable; le membre est difficilement soulevé; l'abduction et l'adduction sont limitées et douloureuses. Le membre est très fléchi sur le bassin, mais cette flexion pathologique est masquée par une ensellure considérable de la colonne lombaire. Le reste du squelette est intact.

Rien aux autres articulations et à la colonne vertébrale.

Pas d'adénopathie nette dans le triangle de Scarpa.

L'examen des autres viscères est négatif.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

En somme, il semble bien que l'on ait affaire à une arthrite sèche de l'articulation de la hanche avec poussées successives.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA COXO-TUBERCULOSE A FORME SÈCHE

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et Pathogénie.

La coxo-tuberculose de la hanche est une maladie de l'adulte, ou du moins le diagnostic ne peut être porté fermement que lorsque l'évolution est suffisamment avancée.

En effet, la coxalgie de l'enfant commence par une série de phénomènes qui sont encore loin de ceux de la période d'état, c'est-à-dire des abcès et des déformations définitives; on ne peut donc conclure, chez un sujet jeune, de ce que la coxalgie ne suppure pas, que le pus ne fera jamais son apparition et qu'on a nécessairement affaire à une carie sèche.

D'autre part, l'amyotrophie, la disparition de la tête fémorale évoluent avec lenteur. Ce n'est donc que chez l'adulte que nous trouverons au complet les modifica-

tions anatomo-pathologiques, les attitudes vicieuses, les subluxations et les autres signes caractéristiques de cette variété de coxalgie.

La malade de l'observation II présente une particularité intéressante à noter, c'est l'apparition à différentes reprises de tuberculose articulaire à forme atténuée. En effet, elle a eu, à la suite de la gonalgie qui, comme on le sait, est consécutive à la localisation coxale de la tuberculose, des douleurs revêtant un caractère tout particulier d'intensité et accompagnées d'un gonflement très apparent de l'articulation intéressée, qui se sont localisées au genou. Au cou-de-pied, mêmes phénomènes avec points très douloureux, correspondant aux régions rétro-malléolaires, siège d'un empâtement très net.

Cette atteinte évidente de rhumatisme tuberculeux, qu'est venue corroborer une ophtalmo-réaction positive, nous permet de répondre quant à la nature de l'affection de la hanche : nous aurions alors affaire dans ce cas à une sorte de progression dans les manifestations tuberculeuses articulaires, dont la tuberculose inflammatoire, avec cette crise si caractéristique de rhumatisme tuberculeux, la carie sèche, et enfin l'arthrite fongueuse, seraient les degrés principaux, manifestations différentes d'un processus de nature unique, mais variant suivant le degré de virulence des micro-organismes en cause, la puissance plus ou moins active des toxines élaborées et surtout suivant la résistance de l'organisme atteint, ou encore le caractère plus ou moins propice du terrain qui peut se défendre et réagir différemment.

En 1903, M. le professeur Poncet disait, dans les *Archives Internationales de Chirurgie*, en parlant de la tu-

berculose inflammatoire : « ... Constituée par des lésions exsudatives, séreuses, sèches, scléreuses, *rarement purulentes*, elle s'étend depuis la congestion la plus fugace : arthralgie, ostéalgie, viscéralgie, jusqu'à l'ankylose, jusqu'à la cirrhose, lentement progressive, incurable; c'est elle qui constitue le vaste domaine du rhumatisme tuberculeux. Son processus est le même que dans d'autres infections et intoxications, avec cette particularité que les toxines bacillaires ne sont pas assez virulentes pour aller jusqu'à une édification pathologique caractéristique, ou que leur action se trouve neutralisée par une résistance spéciale de l'organisme.

Les expériences de MM. Courmont et L. Dor nous ont montré que par injections intra-veineuses de tuberculose atténuée on obtenait, chez le lapin, des arthrites fongueuses, séreuses et autres, d'inégale gravité (Société de Biologie, novembre 1890 et février 1891).

Dans le même bulletin, M. le professeur Poncet rapporte une observation intéressante au plus haut point, due à l'obligeance de M. le professeur Jaboulay.

« Il s'agit d'un malade, I. S., de 34 ans, dont les antécédents héréditaires ne révèlent rien de particulier. Personnellement, il eut une jeunesse à peu près dépourvue de soins; il a présenté, de 15 à 33 ans, de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire et des abcès froids multiples entre autres un abcès froid d'origine osseuse au coude. Le mal de Pott dorsal et la coxalgie droite que présente en ce moment le malade affirment l'origine tuberculeuse de toutes ces manifestations: on en trouve actuellement un reliquat ineffaçable sous forme d'une ankylose

complète de la hanche droite et d'une gibbosité arrondie au niveau des dernières vertèbres dorsales.

Particularité intéressante : la tuberculose articulaire a eu, dans cette dernière poussée bacillaire, une forme sèche, plastique, ankylosante, comme si elle devait, chez ce malade, se montrer sous toutes ses formes. *Ni la hanche, ni la colonne vertébrale n'ont, en effet, suppuré, on ne trouve nulle trace d'abcès par congestion, d'abcès articulaire. L'ostéite vertébrale a été une ostéite sèche, médullisante, non suppurative, et la coxalgie une coxalgie ankylosante.*

L'origine tuberculeuse de la coxalgie à forme sèche ne paraît donc pas discutable et justifie bien le nom de coxo-tuberculose à forme sèche que nous pourrions donner comme titre à ce travail.

Bien que les malades soient généralement portés à faire remonter à un fait matériel, qui a plus ou moins frappé leur imagination, l'origine de leur mal: le traumatisme, dans l'observation III, par exemple, paraît avoir eu une influence assez nette : action directe, réaction inflammatoire, lieux de moindre résistance, tout cela n'est pas à rejeter et peut avoir une influence comme cause déterminante de l'affection qui nous occupe.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

L'affection peut débiter pendant l'enfance où, comme dans le cas de l'observation III, on voit la carie sèche suivre une marche régulière à partir d'un traumatisme à l'âge de 8 ans. Dans les deux autres cas, le début s'est montré à 18 ans, par des douleurs d'abord intermittentes, apparaissant sans raison et siégeant au niveau de la hanche atteinte. Les douleurs deviennent ensuite prépondérantes à l'occasion des mouvements soit volontaires, soit provoqués, et se traduisent en premier lieu par une certaine paresse du membre inférieur, puis par une véritable boiterie.

Ce symptôme douleur, le premier en date, conserve toujours, dans la carie sèche de la hanche, une prépondérance marquée, et, dans l'évolution, nous retrouvons presque toujours les malades souffrant beaucoup de leur articulation. Chez la malade de l'observation I, les douleurs devinrent même si vives, qu'on dut avoir recours

à la morphine. Cependant on note fréquemment d'assez longues périodes d'accalmie, où les malades voient cesser presque complètement les phénomènes douloureux, mais dès que ceux-ci réapparaissent, c'est avec un caractère tout particulier d'acuité.

Quant au siège de la douleur, c'est à la hanche qu'elle présente son maximum d'intensité; cependant, le genou et le pied, en dehors de toute poussée rhumatismale spécifique, sont le siège de douleurs également très violentes, tout comme dans la coxalgie à forme fongueuse avec suppuration et abcès.

La recrudescence de la douleur se montre souvent pendant la nuit et s'accompagne de cris. Du côté du genou et du cou-de-pied, deux malades ont présenté, en outre, du gonflement; mais, dans ces cas, des atteintes de rhumatisme infectieux sont venues renforcer et même masquer complètement la réaction douloureuse due à la coxalgie.

Comme conséquence de l'immobilité commandée par la douleur et par le traitement, et surtout par imprégnation toxique de l'appareil neuro-musculaire, on voit apparaître assez rapidement une atrophie de la région fessière; cette atrophie porte d'abord directement sur la région fessière intéressée et sur la partie supérieure de la cuisse, puis, peu à peu, la partie inférieure de la cuisse, la jambe, le mollet et même le pied voient leurs masses musculaires accuser une différence plus ou moins marquée avec le côté sain.

Cette amyotrophie peut donner lieu à des différences très grandes.

Voici les résultats des mensurations faites sur la malade de l'observation III.

Membre inférieur droit de l'EIAS à la malléole externe	Membre infér. gauche de l'EIAS à la malléole externe
85 °/m	73 °/m
Fémur	Fémur
46	38
Tibia	Tibia
37	33
Circonférence de la cuisse à 15 °/m au-dessus de la rotule	Circonférence de la cuisse à 15 °/m au-dessus de la rotule
38,5	29
Circonférence du mollet à 15 °/m au-dessous de la rotule	Circonférence du mollet à 15 °/m au-dessous de la rotule
27	21
Longueur du pied	Longueur du pied
23	22

Il s'agit naturellement d'une atrophie musculaire massive n'atteignant pas spécialement un groupe de muscles ou un territoire, comme dans les myopathies d'origine purement nerveuse.

L'examen du membre inférieur dans son ensemble montre encore une diminution très apparente de la longueur; ce raccourcissement peut être rapporté à trois causes principales :

1° *L'atrophie du fémur* du côté malade constatable facilement, soit par la mensuration, soit par la radiographie; cette atrophie porte non pas uniquement sur la longueur, mais aussi sur le diamètre de l'os, qui, considéré tant à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, est très diminué.

2° Une deuxième cause de raccourcissement est l'atrophie, moins marquée, il est vrai, mais très sensible du

tibia. Il est intéressant, entre parenthèses, de remarquer que cette diminution de longueur peut être en somme importante, surtout si l'on considère qu'il s'agit d'un segment osseux situé relativement loin de la lésion et respecté lui-même par le processus morbide.

3° Enfin, comme conséquence logique des lésions anatomo-pathologiques de la carie sèche, la tête fémorale tend à disparaître à peu près complètement sous l'influence de l'action raréfiant de processus tuberculeux, qui semble l'user et la détruire.

Dans la radiographie de la hanche de l'observation III, dont le début est plus ancien et remonte à plus de vingt ans, la lésion atteint son maximum.

Nous voyons, en effet, la tête fémorale en partie détruite; la cavité cotyloïde est elle-même agrandie, son bord supérieur a disparu presque complètement, et cette tête fémorale, réduite elle-même à l'état de moignon, trop au large dans une cavité trop grande, remonte sous l'influence du poids du corps et de la résistance du sol et sort avec facilité de l'acétabulum pour se subluser en haut et un peu en arrière dans la fosse iliaque externe, amenant ainsi un raccourcissement apparent de quelques centimètres.

Le grand trochanter suit naturellement ce mouvement d'ascension, et la palpation nous le montre, en effet, très haut au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Il est évident que ces phénomènes demandent pour se produire un temps relativement long et que, dans une coxalgie à début récent, ils seront à peine esquissés; ce sont là des modifications à longue échéance, mais propres à cette forme de coxo-tuberculeuse.

Les attitudes vicieuses qui, elles, sont sous la dépendance, au début, des douleurs, c'est-à-dire du symptôme initial et des contractures musculaires de défense, puis de l'atrophie musculaire et des subluxations, font leur apparition assez tôt; d'abord simple limitation des mouvements, puis rotation externe, abduction et flexion de la cuisse sur le bassin. Cette position de demi-flexion et d'abduction peut devenir définitive; mais aussi la position contraire peut secondairement se présenter et les deux genoux chevaucher alors l'un sur l'autre.

Consécutivement à ces modifications dans la statique générale du membre inférieur et pour compenser ce défaut de stabilité, la colonne vertébrale se creuse et une ensellure plus ou moins marquée vient corriger la flexion de la cuisse.

Cette courbure dorsale de compensation ne peut se produire qu'autant qu'il y a solidarité entre le bassin et le fémur. Cette solidarité entre le fémur et la ceinture pelvienne est assurée par la contracture musculaire de défense. Toutefois, dans quelques cas, d'ailleurs très rares, sous l'influence du traitement approprié, de l'immobilisation, des appareils quelquefois employés, les surfaces articulaires ou mieux les surfaces qui les remplacent, c'est-à-dire la tête fémorale usée, la fosse iliaque externe ou la partie supérieure de la cavité cotyloïde, si la luxation n'est pas complète, arrivent à s'ankyloser plus ou moins, en sorte que les mouvements du fémur se transmettent au bassin et l'entraînent, substituant ainsi à une articulation coxo-fémorale des articulations sacro-iliaques ou vertébrales.

L'ensellure, chez la malade de l'observation III, est

des plus accusées et laisse un espace de 10 à 12 centimètres entre le sommet de la concavité lombaire et le plan résistant sur lequel est couchée la malade.

Du reste, la mobilisation de la cuisse entraîne le bassin dans un mouvement de bascule et l'ensellure disparaît en partie quand on exagère la flexion de la cuisse sur le bassin.

Tous ces phénomènes plastiques s'accomplissent très lentement et pendant des périodes assez longues: les malades se croient complètement guéris, d'autant plus qu'aucun abcès, aucune collection purulente ne vient compliquer la marche de l'affection. C'est donc sans modifications graves de l'état général que le malade supporte son mal et s'achemine lentement vers la terminaison. Certes, la guérison est loin d'être complète, mais au lieu d'un membre inutile au point de vue fonctionnel, dangereux même au point de vue général, on a affaire à une jambe difforme, il est vrai, très raccourcie, subluxée, rarement ankylosée, mais dont la valeur fonctionnelle persiste quoique très réduite et dont la conservation en tout cas n'offre aucun doute.

En somme, on peut résumer ainsi la symptomatologie de la carie sèche de la hanche :

Début lent, par des phénomènes douloureux, paresse dans les mouvements, légère claudication, apparition des contractures et atrophie progressive des masses musculaires, disparition plus ou moins complète de la tête fémorale, ascension de cette dernière et, dans certains cas, subluxation dans la fosse iliaque externe, et, dans des cas très rares, ankylose dans cette position, le tout évoluant avec lenteur, et prédominance du symptôme dou-

leur, mais sans abcès et avec conservation d'un état général très satisfaisant.

Il est bien évident que tous les malades ne présentent pas une évolution aussi conforme au type clinique décrit et qu'un individu porteur d'une lésion tuberculeuse, même atténuée, mais en activité, est sous la menace d'une métastase abarticulaire : mal de Pott, ostéite, gomme ou phthisie.



Fig. 1. — Coxo-tuberculose à forme sèche.

Photographie de la malade de l'Observation III.

Raccourcissement du membre inférieur gauche. Subluxation de la tête
fémorale déformant la hanche gauche. Amyotrophie manifeste.



Fig. 2. — Coxo-tuberculose à forme sèche.

Radiographie de la malade de l'Observation III.

La tête fémorale est usée, déformée et remonte dans la fosse iliaque externe.

Cliché du Service radiographique de l'Hôtel-Dieu.

CHAPITRE III

Diagnostic et Pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de la coxo-tuberculose au début présente certainement de grandes difficultés et pourra facilement manquer de précision. La coxalgie en tant que lésion de l'articulation coxale sera assez facilement diagnostiquée et, devant la tenacité des symptômes, on ne s'arrêtera pas à une simple névralgie, à une poussée de croissance ou même à une poussée rhumatoïde du côté de la hanche et du genou. Une ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur évolue avec plus de rapidité, suppure ou se résout; nous ne nous arrêtons pas davantage à la coxalgie hystérique, qui ne présente pas de lésions anatomiques.

Quant au diagnostic de la forme, il présente de sérieuses difficultés et ce n'est qu'au cours de la période d'état, quand on sera assuré de la non-suppuration, qu'on s'orientera du côté de la forme sèche.

La nature tuberculeuse de l'affection que nous avons essayé d'établir au début de ce travail pourrait même

être mise en doute devant la conservation d'un état général très satisfaisant et l'intensité des phénomènes douloureux pourrait faire chercher dans le domaine du système nerveux central ou périphérique l'origine du mal.

L'arthrite sèche de la hanche est une des affections qui se rapprochent le plus de la carie sèche et peut être confondue avec cette dernière; mais, dans ce cas, la déformation de l'extrémité osseuse se caractérise par une augmentation du volume de la tête garnie d'aspérités; les mouvements volontaires ou provoqués sont peu limités et partant peu douloureux; l'épanchement qui peut apparaître et surtout les craquements, qui manquent rarement, permettent de trancher le diagnostic.

Pronostic. — Quant au pronostic, il est en somme plutôt bénin et en dehors de l'infection tuberculeuse dont la présence est bien un fait grave, la carie sèche de la hanche ne présente pour son hôte que peu de danger du fait de cette localisation.

La valeur fonctionnelle du membre est certainement très réduite, mais l'incapacité est loin d'être absolue.

Quant à la vie même de l'individu, si aucune complication bacillaire ne survient, elle est peu mise en danger par la présence de la carie sèche et le pronostic général doit être regardé comme assez bénin.

CHAPITRE IV

Traitement.

Du traitement employé à la clinique de M. le professeur Poncet, il ressort que l'immobilisation paraît devoir donner les meilleurs résultats.

Donc, aucune intervention sanglante ne viendra ouvrir cette tuberculose ralentie; en effet, on ne voit pas ce qu'une intervention, à résultats si brillants soient-ils, pourrait apporter de modifications heureuses dans l'évolution de la carie sèche de la hanche, amélioration s'obtenant du fait du repos et de l'immobilisation; c'est donc à l'immobilisation qu'on aura recours en premier lieu.

Le malade sera couché dans une gouttière de Bonnet, sans bords et où toutes les exigences de l'organisme pourront être satisfaites sans mobilisations intempestives de l'article.

Les douleurs et les contractures surtout marquées pendant la période de début seront considérablement diminuées et même supprimées par l'application d'un appareil à traction continue modérée mais suffisante.

On pourra également avoir recours aux frictions locales amenant une légère révulsion et dont l'importance aux yeux du malade est toujours très grande et qui est, d'autre part, sans inconvénients.

Le traitement général devra nécessairement être mené de pair avec le traitement local, qu'il domine même en importance; ce sera celui de la tuberculose au début : alimentation abondante, hygiène, ventilation pulmonaire, séjour à la campagne, arsenicaux.

Quant à employer une immobilisation plus contentive que la simple gouttière de Bonnet et la traction continue, le besoin ne s'en fait nullement sentir; le plâtre et le silicate avec tous leurs inconvénients seront donc écartés.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose est susceptible de faire de la carie sèche à la hanche aussi bien qu'à l'épaule et qu'au niveau des autres articulations.

2° La coxo-tuberculose à forme sèche ou carie sèche de la hanche est la traduction clinique d'une modalité atténuée, à type atrophique du processus tuberculeux.

3° Le tableau clinique de cette variété de tuberculose articulaire est caractérisé par :

- a) La prédominance des phénomènes douloureux;
- b) L'absence de toute suppuration;
- c) La fréquence des luxations pathologiques;
- d) La presque constance des phénomènes d'atrophie portant directement sur le fémur et l'os coxal et par imprégnations toxiques sur l'appareil neuro-musculaire correspondant.

4° Il s'agit d'une forme à évolution lente, à pronostic

plutôt bénin, surtout pour ce qui concerne la vie même de l'individu.

5° Le traitement se résume dans l'immobilisation et l'extension continue.

L'abstention en matière d'intervention doit rester la règle.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

A. PONCET.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 janvier 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

